



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/2012 4-Data de Autorização 12/01/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7976904 7-Data Validade da Guia 18/01/2011

400348 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525705000000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL DOS SANTOS PEREIRA

06/09/1997

14-Telefone

15-Nome do titular do plano GABRIEL DOS SANTOS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

18-Número no CRO 123228

19-UF SP

20-Código CBO S

025

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11112198283 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

23-Número no CRO 123228

24-UF SP

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante

ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

27-Número no CRO 123228

28-UF SP

29-Código CBO S

(1) 82001286-18

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	1	361,00	0,00	0,00	18/05/2012	18/05/2012		
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	1	361,00	0,00	0,00	18/05/2012	18/05/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/03/2011 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 72,00

47-Valor Total R\$ 10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2012

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228